

アドバイス・レポート

令和 2 年 2 月 2 8 日

令和元年 7 月 1 6 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（株式会社ケアブレス ケアプランセンターかおり）につきましては、第三者評価結果に基づき、下記のとおりアドバイスをいたしますので、今後の事業所の運営及びサービスの提供に役立ててください。

記

| | |
|-----------------------------|---|
| <p>特に良かった点と その理由(※)</p> | <p>(通番 7) 管理者等による情報把握 管理者は、24時間、携帯談話を持ち、常に連絡がとれる体制をとっています。 事業の実施状況は、ヘルパー、看護師、ケアマネジャ、医師等それぞれが、留意すべき利用者の身体状況や必要な対応等を自分で記載できる「申し送りノート」を用いて、常に情報共有しています。</p> <p>(通番 8) 質の高い人材の確保 「主任ケアマネジャ」資格の取得を希望する職員に対し、受講費用の補助制度設けています。 また、外部研修を受講する際には、シフトの調整を行い受講しやすくなる配慮をしています。</p> <p>(通番 31) 人権等の尊重 法人理念だけではなく、事業所独自の利用者向け案内にも、高齢者の尊厳を保持する利用者本位のサービス提供が謳われています。日常業務においてその意識を持ち続け、言葉遣い一つにも問題意識をもって常に振り返り検討する姿勢が見受けられます。 さらに「高齢者虐待防止」「身体拘束禁止」については毎年一回研修が実施されており、職員への周知徹底が図られています。こうした事業所の姿勢は、利用者一人一人の人権を日常的に尊重するものとして評価することができます。</p> |
|-----------------------------|---|

| | |
|-------------------------------------|---|
| <p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p> | <p>(通番3) 事業計画等の策定 サービスの質の向上に向けて単年度の事業計画を策定し取り組んでいます。 その一方で、単年度計画の基となる中・長期定期的な計画が策定できていません。</p> <p>(通番4) 業務レベルにおける課題の設定 月に1度開催する「所内ミーティング」で職員それぞれが課題を持ち寄り、課題の設定とその解決に向けて個々の事案ごとに取り組んでいます。 その一方で、設定した課題の解決に向けた計画が策定できていません。</p> <p>(通番37) 利用者満足度の向上の取り組み 実際の業務の中で利用者の満足度等を直に聞き取ったり、汲み取る努力はされていますが、組織として利用者の満足度を把握する仕組みには至っていません。利用者満足度調査によって把握した結果を分析検討することで、さらなるサービスの質の向上に向けての具体的な課題も明確になると考えられますので、組織の仕組みとして構築されるようお勧めします。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>平成24年4月、宇治田原町に訪問系サービス事業者がなかった地元からの要望に応える形で事業所を開設され、開設7年目を迎えています。</p> <p>今回の評価事業所である居宅介護支援事業所と共に、併設する訪問看護や訪問介護事業でも、隣接する宇治市内の高齢者専用住宅の入居者を中心にサービス提供をされ、高齢者の在宅生活を支援しています。</p> <p>現在は、地域の方からの新規の利用申し込みは多くないものの、事業所内にバリアフリーのトイレを設け、一般トイレが利用しにくい地域の方が相談等に来所されても対応できるようにしています。</p> <p>職員が質の高いサービスを提供できるように、事業所に職員休憩室を設け、職員は昼食や休憩等に活用しています。</p> <p>道路幅が狭いところがある地域性や、冬には積雪が見られる地域であるため、職員が移動する際の安全を確保するために、社用車は「積雪対応のタイヤ」を装着した軽自動車を用意しています。</p> <p>利用者へのサービス提供においては、アセスメントや個別援助計画の作成・見直し、モニタリングや担当者会議の記録作成など、関係書類がきちんと整備され適切な居宅介護支援サービスが実施されていました。</p> <p>また、主治医との連携や職員間の情報共有等も適切にされていました。</p> <p>その一方で、事業計画等の策定や利用者満足度の向上に向けた取り組みは課題が感じられました。</p> <p>今回の調査で気づいた点について、具体的なアドバイスは下記の通りです。</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>(計画的な取り組みの推進)</p> <p>単年度の事業計画は策定されていましたが、その基となる中・長期的な計画が策定されていませんでした。また、業務レベルにおける課題について個々の事案ごとに解決に向けて適切に取り組まれています。課題解決に向けて計画を策定して取り組むことはされていませんでした。</p> <p>今後は、質の高いサービスの提供等に向けて、より計画的な視点を加えて取り組んでいかれてはいかがでしょうか。</p> <p>(利用者満足度の向上の取り組み)</p> <p>業務の中で利用者の満足度等を聞き取り、汲み取られています。組織として利用者の満足度を把握する仕組みはみられません。</p> <p>利用者満足度調査を行い、把握された結果を分析検討していくことで、さらなるサービスの質の向上に向けての具体的な取組が明確になると考えられますので、今後は、組織として満足度向上のための仕組みを構築されてはいかがでしょうか。</p> |
|--|--|

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントを「評価結果対比シート」に記載しています。

(様式+)

評価結果対比シート

| | |
|--------------------------|--------------|
| 事業所番号 | 2671300230 |
| 事業所名 | ケアプランセンターかおり |
| 受診メインサービス (1種類のみ) | 居宅介護支援 |
| 併せて評価を受けた サービス(複数記入可) | 訪問介護・訪問看護 |
| 訪問調査実施日 | 2019/9/17 |
| 評価機関名 | 一期一会 |

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 通番 | 評価項目 | 評価結果 | |
|---------------------------|-------------------|-----|----|---|------|-------|
| | | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| I 介護サービスの基本方針と組織 | | | | | | |
| (1)組織の理念・運営方針 | | | | | | |
| | 理念の周知と実践 | 1 | | 組織の理念及び運営方針を明確化・周知している。また、法人の経営責任者（運営管理者含む）及び事業所のスタッフ全員が、理念及び運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。 | A | A |
| | 組織体制 | 2 | | 経営責任者（運営管理者含む）は、公正・適切なプロセスで意志決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。 | A | A |
| | (評価機関コメント) | | | 1) 組織の理念について、毎年1回全職員を対象とした研修を行うことや、入職時に個別にオリエンテーションを行うことにより周知している。 利用者や家族には、個別の面談や契約時に理念等の説明を行い、理解を得るようにしている。 2) 事務分掌規程を定め、意思決定を行っている。事業所での会議等で出された意見は、月1回開催される法人全体の「本社会議」に諮ることで反映されている。 | | |
| (2)計画の策定 | | | | | | |
| | 事業計画等の策定 | 3 | | 組織として介護サービスの質の向上に向けた計画を策定すると共に着実に実行している。また計画策定には多角的な視点から課題を把握している。 | A | B |
| | 業務レベルにおける課題の設定 | 4 | | 各業務レベルにおいて課題が設定され、各部門全体が課題の達成に取り組んでいる。 | A | B |
| | (評価機関コメント) | | | 3) サービスの質の向上に向けて単年度の事業計画を策定し取り組んでいるものの、単年度計画の基となる中・長期定期的な計画が策定できていない。 4) 月に1度開催する「所内ミーティング」で職員それぞれが課題を持ち寄り、課題の設定とその解決に向けて個々の事案ごとに取り組んでいるものの、設定した課題の解決に向けた計画が策定できていない。 | | |
| (3)管理者等の責任とリーダーシップ | | | | | | |
| | 法令遵守の取り組み | 5 | | 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。 | B | B |
| | 管理者等によるリーダーシップの発揮 | 6 | | 経営責任者又は運営管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業運営をリードしている。 | B | B |
| | 管理者等による状況把握 | 7 | | 経営責任者又は運営管理者は、事業の実施状況等を把握し、いつでもスタッフに対して具体的な指示を行うことができる。 | A | A |
| | (評価機関コメント) | | | 5) 遵守すべき法令等について職員が正しく理解できるように「本社会議」で適宜取り上げているものの、「リスト化」ができていない。 6) 管理者は、職員と年1回の定期面談や必要に応じて随時の面談を行い、職員の意見を聞いているものの、管理者の行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握する仕組みはない。 7) 管理者は、24時間、携帯談話を持ち、常に連絡がとれる体制をとっている。事業の実施状況は、ヘルパー、看護師、ケアマネジャ、医師等それぞれが、留意すべき利用者の身体状況や必要な対応等を自分で記載できる「申し送りノート」を用いて、常に情報共有している。 | | |

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 通番 | 評価項目 | 評価結果 | |
|--------------------|-----|---------------|----|--|------|-------|
| | | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| II 組織の運営管理 | | | | | | |
| (1)人材の確保・育成 | | | | | | |
| | | 質の高い人材の確保 | 8 | 質の高い介護サービスを提供できる人材の確保のために、必要な人材や人員体制についての管理・整備を行っている。 | A | A |
| | | 継続的な研修・OJTの実施 | 9 | 採用時研修・フォローアップ研修等を実施し、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。また業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパービジョンを行う体制がある。 | A | A |
| | | 実習生の受け入れ | 10 | 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。 | C | C |
| | | | | 8)「主任ケアマネ」資格の取得を希望する職員に対し、受講費用の補助制度を設けている。また、外部研修を受講する際には、シフトの調整を行い受講しやすくなる配慮をしている。 9)年間の研修計画を策定し、計画通りに研修が実施されている。利用者の留意すべき身体状況やその対応等を共有する「申し送りノート」を活用し、月1回以上の頻度で実例をもとに介護技術や対応方法について学習する機会を設けている。 10)これまで実習を受け入れておらず、受け入れに向けた体制の整備はしていない。今後、受け入れていくこととなれば、必要な体制の整備等を行う予定である。 | | |
| (2)労働環境の整備 | | | | | | |
| | | 労働環境への配慮 | 11 | 質の高い介護サービスを提供することができるよう、職員の労働環境に配慮している。 | A | A |
| | | ストレス管理 | 12 | スタッフの業務上の悩みやストレスを解消するために、具体的な取組みを行い業務の効率を高めている。また、スタッフが充分にくつろげ、心身を休めることができる休憩場所を確保し必要な環境を整備している。 | B | B |
| | | (評価機関コメント) | | 11)有給休暇の取得や時間外勤務の状況は本社で一元的に把握している。休暇取得する職員が重なった際には、法人内の他の事業所から応援職員が来て勤務する仕組みとなっている。 12)職員が休憩するための場所が確保されている。組織や上司に対する要望等があれば随時、管理者が職員から聞き取り解決を図っている。所内で解決しない事項については、管理者が法人本部に相談しているが、要望・不満を解決する体制はとれていない。 | | |
| (3)地域との交流 | | | | | | |
| | | 地域への情報公開 | 13 | 事業所の運営理念を地域に対して開示し、広報するとともに、利用者と地域との関わりを大切にしている。 | C | C |
| | | 地域への貢献 | 14 | 事業所が有する機能を地域に還元している。 | C | B |
| | | (評価機関コメント) | | 13)事業所の運営理念等を地域に開示する具体的な取組みは行っていない。情報の公表制度を活用しているが、地域住民に対する広報はできていない。 14)地域の花火大会が開催された際に地域住民を招待し、事業所が持つ専門的な情報の発信をしたことがある。現在は、花火大会が開催されなくなり、専門的な情報を発信する取り組みを行っていない。 | | |

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 通番 | 評価項目 | 評価結果 | |
|-------------------------|-----|-------------|----|---|------|-------|
| | | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| III 適切な介護サービスの実施 | | | | | | |
| (1)情報提供 | | | | | | |
| | | 事業所情報等の提供 | 15 | 利用者（希望者含む）に対してサービス選択に必要な情報を提供している。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | 15)問い合わせや見学希望があれば、希望者等の個別の状況に応じて対応している。今年2月に事業所のパンフレットを改訂し、サービス内容を分かりやすく記載している。 | | |
| (2)利用契約 | | | | | | |
| | | 内容・料金の明示と説明 | 16 | 介護サービスの利用に際して必要となる内容や料金について、利用者にはわかりやすく説明し同意を得ている。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | 16)サービス開始にあたり、サービス内容や料金を重要事項説明書により説明している。利用開始時に後見制度を利用している者には、後見人等と利用契約を結んでいる。 | | |

| (3)個別状況に応じた計画策定 | | | | |
|-------------------|----|--|---|---|
| アセスメントの実施 | 17 | 利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況を踏まえたうえでアセスメントを行っている。 | A | A |
| 利用者・家族の希望尊重 | 18 | 個別援助計画等の策定及びサービスの提供内容の決定に際して、利用者及びその家族の希望を尊重している。 | A | A |
| 専門家等に対する意見照会 | 19 | 個別援助計画等の策定に当たり、必要に応じて利用者の主治医・OT/PT・介護支援専門員・他のサービス事業所等に意見を照会している。 | A | A |
| 個別援助計画等の見直し | 20 | 定期的又は必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | 17)所定のアセスメントシートを用い、利用者の状況を把握し記載している。短期目標は、サービス担当者会議の都度、見直しを行っている。 18)アセスメントに基づき、具体的な長期目標、短期目標が設定されている。個別援助計画やサービス提供の内容を決定する際には、必ず利用者等の同意を得ている。 19)個別援助計画の策定にあたり、必要に応じて「申し送りノート」を活用することによって医師等の専門家から意見を聞いている。 20)定期的なモニタリングを行っている。ヘルパーや看護師から利用者の状況変化等に関する情報があれば、その都度個別援助計画の見直し可否等を検討している。 | | |
| (4)関係者との連携 | | | | |
| 多職種協働 | 21 | 利用者の主治医をはじめ、関係機関との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。 | B | B |
| (評価機関コメント) | | 24時間対応可能な訪問診療の医師複数を確保しており、いざという時速やかに連携して支援する体制が整っている。退院時カンファレンスに参加し、医師からの情報提供書や看護サマリーを得ている。個々の利用者について、関連する他機関、団体等は記録しているが、事業所として連携を要する諸機関、団体をリストアップすることはできていない。 | | |
| (5)サービスの提供 | | | | |
| 業務マニュアルの作成 | 22 | 事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル・手順等）が整備され、スタッフに活用されている。標準的な実施方法は自立支援につながり、事故防止や安全確保を踏まえたものになっている。 | A | A |
| サービス提供に係る記録と情報の保護 | 23 | 利用者の状況及びサービスの提供状況等が適切に記録されており、管理体制が確立している。 | A | B |
| 職員間の情報共有 | 24 | 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。 | B | B |
| 利用者の家族等との情報交換 | 25 | 事業者はサービスの提供にあたって、利用者の家族との情報交換を行っている。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | 22)居宅介護支援、訪問介護、訪問看護各々に業務マニュアルを作成、職員間で共有している。見直しは全てのマニュアルについて毎年4月1日に行う他時宜に応じて更新している。 23)個々の利用者について、関わるサービス提供者が書き込める経過記録を設置、それをまとめた介護記録を作成している。記録の廃棄についての規定は明文化されていない。個人情報保護と情報開示等の職員研修を年一回実施している。 24)毎朝の口頭での申し送りと利用者宅設置の申し送りノート、情報交換ノートで情報共有を行っている。利用者支援についてのケアカンファレンスは定期的には行っていない。 25)訪問時家族が在宅なら面接し、不在なら情報交換ノート等を用いて本人の状況等情報交換している。後見人とは定期的に面談を行っている。 | | |
| (6)衛生管理 | | | | |
| 感染症の対策及び予防 | 26 | 感染症の対策及び予防に関するマニュアル等の作成により、職員全員が感染症に関する知識をもってサービスの提供を行っている。 | A | A |
| 事業所内の衛生管理等 | 27 | 施設（事業所）内における物品等の整理・整頓及び衛生管理を行い、効率的かつ安全なサービスの提供を行っている。 | B | A |
| (評価機関コメント) | | 26)感染症マニュアルを設置、最新の情報を常に入手して、適宜更新している。年一回の感染症対策研修の他必要に応じて臨時的研修も実施。流行期には手作りのポスターを製作するなどして注意喚起に努めている。多くの利用者が住まう高齢者住宅には最新鋭の多機能型空気清浄器を設けている。 27)事務所内は整理整頓されており、清掃は職員が毎日行っている。 | | |

| (7)危機管理 | | | | |
|------------|----|---|---|---|
| 事故・緊急時等の対応 | 28 | 事故や緊急時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。 | A | A |
| 事故の再発防止等 | 29 | 発生した事故等に係る報告書や記録を作成し、事故の再発の防止のために活用している。 | A | A |
| 災害発生時の対応 | 30 | 災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | 28)事故緊急時対応マニュアル、ヒヤリハットマニュアルを設置、緊急時の指揮命令系統を明確にしている。事故防止のための研修は毎年一回実施している。 29)事故発生時、事故報告書を作成し、対応経過まで記録している。ヒヤリハットも同様にしており。さらにそれをもとに分析検討を行い再発防止に努めている。 30)災害対応マニュアルを設置し、緊急時の指揮命令系統を定め職員間で共有している。マニュアル内には、いざという時の地域との連携についても具体的に記載している。毎年消防訓練と防災訓練を行っている。 | | |

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 通番 | 評価項目 | 評価結果 | |
|-----|-----|-----|----|------|------|-------|
| | | | | | 自己評価 | 第三者評価 |

IV利用者保護の観点

| (1)利用者保護 | | | | | | |
|-----------------------|----|--|---|---|--|--|
| 人権等の尊重 | 31 | 利用者本位のサービス提供及び高齢者の尊厳の保持に配慮したサービス提供を行っている。 | B | A | | |
| プライバシー等の保護 | 32 | 利用者のプライバシーや羞恥心について、常に問題意識をもってサービスの提供を行っている。 | B | A | | |
| 利用者の決定方法 | 33 | サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。 | A | A | | |
| 、 | | 31)高齢者の尊厳保持の理念に基づいて、利用者の意思を尊重した自立支援を行う旨事業所案内パンフレットに掲げている。日常の業務において、不適切ケアにならないかを常に意識して振り返りを行い検討、共有している。新人研修の他に定期研修として身体拘束、高齢者虐待、権利擁護等の研修を年に一回行い、周知徹底を図っている。 32)法人として「プライバシーポリシー」を定めており、新人研修で学ぶ他プライバシー保護に配慮する旨業務マニュアルに記載し共有を図っている。支援の現場では介助の際は必ず扉を閉める等配慮している。 33)件数が多かったり時間的に集中して無理な場合を除いて断ることはない。やむを得ない場合には他事業所、他機関を提案している。 | | | | |
| (2)意見・要望・苦情の受付 | | | | | | |
| 意見・要望・苦情の受付 | 34 | 利用者の意向（意見・要望・苦情）を広く拾い上げ、収集する仕組みが整備されている。 | B | A | | |
| 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 | 35 | 利用者の意向（意見・要望・苦情）に迅速に対応するとともに、サービスの向上に役立っている。 | B | B | | |
| 第三者への相談機会の確保 | 36 | 公的機関等の窓口相談や苦情を訴えるための方法を、利用者及びその家族に周知している。 | A | A | | |
| | | 34)苦情対応マニュアルを設置している。毎月の訪問時を本人・家族との面談の機会として積極的に聞き取るようにしている。利用者多数の高齢者住宅では各居室での本人との個別面談となっている。支援にあたる職員を通じて聞き取ることもある。年一回苦情対応に関する研修を実施している。 35)苦情相談ノートを作成し、挙がってきた苦情を記録、職員間で共有して分析検討を行っている。その改善状況を公開することはできていない。 36)事業所関係者以外の第三者として、公的機関の相談窓口等をリストアップして事業所内に掲示すると共に、重要事項説明書や契約書にも連絡先を記載、契約時に利用者に口頭で説明している。 | | | | |
| (3)質の向上に係る取組 | | | | | | |
| 利用者満足度の向上の取組み | 37 | 利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立っている。 | C | C | | |
| 質の向上に対する検討体制 | 38 | サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、運営管理者を含む各部門の全職種のスタッフが積極的に参加している。 | C | C | | |
| 評価の実施と課題の明確化 | 39 | サービス提供状況の質の向上のため、定期的に評価を実施するとともに、評価結果に基づいて課題の明確化を図っている。 | B | B | | |
| | | 37)年一回の利用者満足度調査の実施はなく、組織としての利用者満足度の向上にむけての取り組みが確認できなかった。 38)サービスの質の向上に係る検討体制が確認できなかった。 39)ほぼ三年に一度第三者評価を受診している。事業所の提供するサービスの自己評価は確認できなかった。 | | | | |